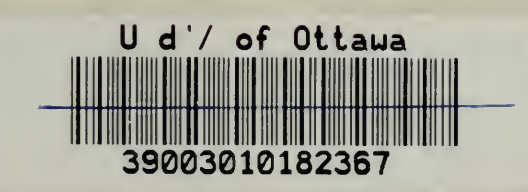
Huchard, Henri

LA THERAPEUTIQUE PATHOGENIQUE



LEÇON D'OUVERTURE

DU COURS DE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES

DE L'HOPITAL BICHAT

(Le 3 mai 1891)

LA

THÉRAPEUTIQUE PATHOGÉNIQUE

PAR

HENRI HUCHARD

PARIS

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE
ET DE THÉRAPEUTIQUE
(*Journal des Praticiens*)
66, rue de Ponthieu, 66

O. DOIN
LIBRAIRE-ÉDITEUR
8, place de l'Odéon, 8

1891

LA

THÉRAPEUTIQUE PATHOGÉNIQUE

DU MÊME AUTEUR

Traité des névroses (2e édition), par A. AXENFELD et HENRI HUCHARD. Un vol. in-8° de 1195 pages. Paris, 1883, chez Alcan, éditeur.

Prix .... 20 francs

Maladies du cœur et des vaisseaux : ARTÉRIO-SCLÉROSE, CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES, AORTITES, ANGINES DE POITRINE, TRAITEMENT DES MALADIES DU CŒUR, ETC. (*Leçons de thérapeutique et de clinique médicales de l'hôpital Bichat*), par HENRI HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat. Un vol. in-8° de 917 pages, avec figures dans le texte et 4 planches chromolithographiées, hors texte. Paris, 1889, chez Doin éditeur.

Prix .... 16 francs.

LEÇON D'OUVERTURE

DU COURS DE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES

DE L'HOPITAL BICHAT

(*Le 3 mai 1891*)

LA

THÉRAPEUTIQUE PATHOGÉNIQUE

PAR

HENRI HUCHARD



PARIS

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE
ET DE THÉRAPEUTIQUE
(*Journal des Praticiens*)
66, rue de Ponthieu, 66

O. DOIN
LIBRAIRE-ÉDITEUR
8, place de l'Odéon, 8

1891

LEÇON D'OUVERTURE

DU COURS DE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUES MÉDICALES DE L'HOPITAL BICHAT

(*Le 3 mai 1891*)

Par M. Henri Huchard

LA

THÉRAPEUTIQUE PATHOGÉNIQUE

Sommaire. — I. Exemples de dyspnées différentes par le mode pathogénique chez les cardiaques et les aortiques : Dyspnées *toxique*, *urémique* ou *cardio-rénale*, *cardio-hépatique*, *cardio-pulmonaire*, *cardiaque*, *aortique-bulbaire*. — Dyspnées *mécanique*, *nerveuse*, *organique*, par *œdème suraigu du poumon*, chez les aortiques. Elles peuvent être aussi d'origine toxique, urémique ou cardiaque. — Distinction entre les médications *symptomatique*, *étiologique* et *pathogénique*. Importance de cette dernière pour le traitement différent des dyspnées cardiaques; indications de la médication pathogénique et ses résultats.

Traitement du collapsus, de l'embryocardie, des maladies par *hypotension* artérielle (fièvre typhoïde, etc.), des maladies par *hypertension* artérielle (artério-sclérose, cardiopathies artérielles etc.). Aortisme héréditaire.

II. Traitement pathogénique des douleurs de l'*ulcère de l'estomac* et de la *pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique* (alcalins à haute dose; formule de traitement).

Traitement pathogénique de la *fièvre* des tuberculeux : fièvre d'*infection* ou de *tuberculisation*, d'*inflammation*, de *résorption*.

III. Exemples de mauvaise thérapeutique due à une pathogénie erronée. Systèmes de Thémison, Brown, Beau, Bouillaud, Valsalva. Angine de poitrine et ses quarante médications diverses. Bons effets du traitement ioduré basé sur la pathogénie vraie de la douleur angineuse.

IV. Exemple de mauvaise thérapeutique, due à l'absence de pathogénie. — La méthode de Koch et ses insuccès.

Importance des études cliniques et de l'enseignement médical des hôpitaux (Trousseau).

Messieurs,

Il était autrefois de coutume de disserter, à l'ouverture d'un cours, sur les choses de la médecine. Permettez-moi d'agir plus simplement, et d'entrer immédiatement dans mon sujet par la citation de plusieurs exemples cliniques qui pourront me servir, en quelque sorte, de profession de foi thérapeutique.

Je vais d'abord vous parler du traitement *pathogénique* de la dyspnée chez les cardio aortiques.

Vous avez vu, il y a quelques semaines, un malade présentant, du côté du cœur, des signes caractérisés par une légère arythmie et par la présence d'un souffle assez fort à l'orifice mitral. Pour des raisons que je vous ai indiquées et sur lesquelles je reviendrai lorsque je traiterai devant vous cette grande question des cardiopathies artérielles, cet homme, malgré son souffle mitral, est un aortique, un artériel, en un mot. Les artères sont dures et sinueuses, elles battent avec violence au niveau du cou, le pouls un peu irrégulier est fort et vibrant, l'aorte est dilatée, ce que nous avons constaté par l'augmentation de sa matité et par l'élévation des sous-clavières ; enfin, il existe à la base du cœur un léger prolongement du premier bruit, et un retentissement diastolique des plus nets. Il s'agit donc d'une cardiopathie artérielle, ce qui veut dire : maladie du cœur consécutive à la lésion de ses vaisseaux nourriciers.

Mais, ce qui a frappé le plus votre attention, c'est une dyspnée assez intense, paroxystique, survenant sous l'influence de la marche, d'un mouvement, du moindre effort. Cette gêne de la respiration — *dyspnée d'effort* comme on l'appelle — a été admirablement décrite par Corvisart, au commencement de ce siècle : « Le moindre exercice, dit-il, cause un essoufflement accablant ; de temps en temps le malade est forcé, pour respirer plus facilement, de suspendre sa marche, surtout quand il monte un escalier. »

Notre malade est tellement incommodé de cette oppression qu'il est venu à l'hôpital pour en être délivré. Et cependant, au premier abord, il n'y a rien pour l'expliquer : à la base des deux poumons, vous constatez à peine quelques râles sous-crépitants ; il n'y a pas, il n'y a jamais eu d'albumine dans les urines ; le choc de la pointe du cœur est sans doute un peu affaibli, il y a un très léger œdème prétibial ; mais cet état d'hyposystolie, comme je l'appelle, n'est certes pas suffisant

pour rendre compte de cette oppression. Enfin, il n'y a jamais eu aucun symptôme cérébral. Donc, cette dyspnée ne venait ni du cœur qui présentait ses dimensions normales quoique un peu agrandies, ni du poumon, ni du cerveau. Elle était due à un état d'imperméabilité relative du rein qui éliminait incomplètement les toxines développées ou introduites dans le tube digestif, en vertu de cette loi que j'ai formulée :

L'insuffisance rénale est un symptôme PRÉCOCE *et presque constant des cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie.*

Vous en avez eu la preuve dans le succès de la médication qui a consisté à prescrire un régime alimentaire d'où étaient exclues toutes les substances renfermant des toxines ou des ptomaïnes (viandes, bouillons et potages gras qui sont de véritables décoctions de ptomaïnes, poissons, fromages faits, charcuterie, etc.). Le régime lacté absolu, à la dose de 3 à 4 litres par jour, remplissait ces conditions, et en moins de trois jours, il faisait disparaître cette dyspnée *toxique* ou *ptomaïnique.*

Il y a quelque temps, je voyais un malade, un cardio-rénal, artério-scléreux encore, atteint d'insuffisance aortique avec albuminurie abondante. Il était entré dans la période urémique, et présentait du délire, de la diarrhée profuse, et un état dyspnéique caractérisé par la respiration de Cheyne-Stokes. Ici, la dyspnée était toxique également, mais elle appartenait au genre des dyspnées urémiques. Par conséquent, la médication dirigée contre l'urémie devait avoir raison, si elle réussissait, de la dyspnée dont ce malade souffrait.

J'ai respecté sa diarrhée, je lui ai même prescrit un purgatif pour provoquer une sorte de diurèse intestinale, des lavements froids pour activer ses fonctions hépatiques, des antiseptiques intestinaux (bétol et salol à la dose d'un gramme deux ou trois fois par jour) pour diminuer d'autant les accidents de l'intoxication intestinale, le régime lacté exclusif pour réduire au minimum l'abondance des

toxines alimentaires introduites dans le tube digestif, une saignée générale pour soustraire au sang le plus de principes toxiques. Sous l'influence de cette médication, les accidents dyspnéiques se dissipèrent assez promptement, en même temps que disparurent les complications urémiques. Ce malade était un cardio-rénal, mais il était plus rénal que cardiaque, et c'est en rétablissant les fonctions du rein que nous avons triomphé de la dyspnée. Celle-ci, qui présente beaucoup d'analogie avec la précédente, mais qui ne doit pas être cliniquement confondue avec elle, était réellement d'origine *urémique*.

L'an dernier, je montrais aux élèves du service, un malade atteint de cardiopathie valvulaire (insuffisance et rétrécissement mitral). C'était encore un dyspnéique; mais il était en pleine asystolie, et la dyspnée était sub-continue avec de rares crises paroxystiques. L'œdème des membres inférieurs était peu accentué, mais il y avait une congestion assez intense des deux bases pulmonaires, et, ce qui frappait l'attention, c'était la congestion énorme du foie, c'était encore l'existence de battements hépatiques, indice d'une insuffisance tricuspidienne fonctionnelle. Ce malade faisait de l'asystolie dans son foie, et cet organe dépurateur des poisons ne remplissait plus qu'incomplètement ses fonctions.

Pour vaincre l'asystolie et la dyspnée qui en était la conséquence, il fallait instituer une médication hépatique. Dans ce but, j'ai prescrit des lavements froids, l'application de ventouses scarifiées sur la région hépatique, l'administration de cachets cholagogues (benzoate, salicylate de soude et poudre de rhubarbe, de chaque 30 centigrammes, deux ou trois fois par jour), et d'un cachet purgatif composé de 50 centigr. de calomel et de résine de scammonée. Sous l'influence de cette médication, le foie a diminué de volume, les signes de congestion pulmonaire se sont atténués, et sans même prescrire de digitale, on vit disparaître la dilatation des cavités droites du cœur qui avait sa source, non seulement dans

la lésion valvulaire, mais aussi dans l'état congestif du foie, on vit disparaître encore les symptômes asystoliques et avec eux l'état dyspnéique. Ce malade était donc un cardio-hépatique, plus hépatique que cardiaque, et c'est en nous adressant au trouble fonctionnel de son foie que nous avons eu raison de sa dyspnée. Celle-ci était d'origine cardiaque, je le veux bien, mais elle était surtout de provenance hépatique, et ainsi indirectement de nature toxique. En un mot, il s'agissait d'une *dyspnée cardio-hépatique*.

Il y a quelques semaines, je vous ai montré une malade atteinte, elle aussi, de cardiopathie valvulaire. Ici, le foie était indemne, les reins paraissaient assez bien fonctionner, et il n'y avait pas d'albumine dans les urines; mais l'appareil pulmonaire était le siège d'une congestion intense, il y avait des râles sous-crépitants qui remontaient jusqu'à la partie moyenne de la poitrine ; les membres inférieurs étaient le siège d'un œdème assez considérable ; le cœur, où nous avons constaté un léger roulement présystolique, battait faiblement, mollement ; le choc précordial était à peine senti.... Ici, nous étions en présence d'une dyspnée cardio-pulmonaire par rupture de compensation de la lésion cardiaque, d'un véritable état asystolique, mieux appelé asthénie cardio-vasculaire.

C'est donc la médication anti-asystolique qui a dû faire les frais de la médication. Alors, nous avons prescrit la digitale, et suivant nos principes, avant son administration, nous avons ordonné le repos, un purgatif, le laitage pendant plusieurs jours ; puis, après avoir ainsi ouvert les voies à la digitale, nous avons administré celle-ci à dose massive en une seule fois, et pendant un seul jour (50 gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième, c'est-à-dire un milligramme de digitaline cristallisée qui équivaut à 4 ou 5 milligr. de digitaline amorphe). Une diurèse abondante survint, l'œdème des membres inférieurs disparut, les battements du cœur se régularisèrent et devinrent plus forts, les symptômes congestifs du poumon disparurent, et avec

eux cette dyspnée subcontinue qui était ici d'origine *cardio-pulmonaire.*

Vous avez vu, cette femme du n° 8 de la salle Louis. Les lèvres cyanosées et bleuâtres, la face d'un rouge sombre, elle se tenait sur son séant en proie à une anxiété respiratoire des plus grandes. Depuis quelques jours, elle était atteinte de cette dyspnée, et à la voir ainsi, avec un pouls petit et misérable, avec cette respiration haletante, avec ces phénomènes de cyanose et de refroidissement des extrémités, vous aviez fait un pronostic grave et d'autant plus grave que je vous apprenais que chez cette malade, la digitale et tous les toniques du cœur avaient toujours été inefficaces. Car, je la connaissais de longue date, et dans les thèses de mes élèves, de M. Courtade sur « l'emploi de la digitale », et de M. Thierry sur « la saignée dans les maladies du cœur et de l'aorte », vous lirez la description des mêmes accidents. Il y a quatre ans, comme aujourd'hui, les mêmes phénomènes, plus graves encore, reconnaissaient pour cause un cœur graisseux chez une femme obèse, et comme aujourd'hui, une dilatation rapide des cavités cardiaques sous l'effort et l'accumulation du liquide sanguin. Vous lirez qu'alors plusieurs larges saignées de 400 à 500 grammes firent disparaître et la dyspnée et la cyanose. De même, une saignée de 400 grammes produisit cette fois encore des effets remarquables et conjura un péril imminent. Mais aujourd'hui, la scène morbide s'est compliquée d'une lésion hépatique : le foie est gros, dur, sclérosé, sujet à des augmentations de volume et à des congestions rapides qui retentissent sur les cavités droites du cœur et qui contribuent pour une grande part à produire leur dilatation.

Voyez l'action différente de la saignée dans les différents cas. Tout à l'heure, dans la dyspnée *toxique*, elle agissait par la soustraction d'un liquide sanguin plus ou moins adultéré ; ici, dans cette dyspnée cardiaque *mécanique*, elle a agi autrement, par la soustraction du sang, dont l'accumulation dans les cavités

droites du cœur était capable de gêner et de paralyser ses mouvements et ses contractions. La dyspnée rappelait assez bien les accidents pulmonaires formidables (gravido-cardiaques) qui surviennent chez les cardiopathes au milieu de leur grossesse et qui sont promptement réprimés par une large saignée; elle avait son siège dans le cœur qui s'était promptement dilaté: il s'agissait d'une *dyspnée cardiaque.*

Au nº 10 de la salle des hommes, voici un athéromateux, âgé d'une soixantaine d'années, avec des varices considérables des membres inférieurs, ce qui montre une fois de plus, comme je l'ai prouvé, que l'altération des vaisseaux n'est pas limitée aux artères, mais qu'elle s'étend aux veines et se généralise à tout l'appareil vasculaire, ce qui prouve qu'il s'agit, non d'une artério-sclérose, mais d'une angio-sclérose.

Cet homme est atteint d'aortite chronique avec dilatation de l'aorte, (élévation de la sous-clavière droite et battements considérables des artères du cou, surtout à droite). Tout à coup, d'une façon paroxystique, et sans cause, un accès de dyspnée d'une violence extrême survient périodiquement tous les soirs, presque à la même heure, et ne cesse ou s'atténue qu'après une injection de morphine. Ici, rien en apparence pour l'expliquer: le cœur bat normalement, les poumons sont indemnes, les reins et le foie fonctionnent régulièrement; le régime lacté est sans action, la digitale sans efficacité, la saignée est contre-indiquée chez cet homme pâle et atteint d'anémie cérébrale. Qu'est-ce à dire? Il ne s'agit pas ici d'un cardiaque, mais d'un vasculaire, et j'estime qu'un assez grand nombre de pseudo-asthmes aortiques sont d'origine bulbaire. Car, cette forme de dyspnée est plus rare dans les insuffisances aortiques endocardiques que dans les insuffisances d'origine endartérique où la lésion vasculaire n'est pas seulement limitée à la crosse de l'aorte et peut atteindre les vaisseaux de l'encéphale et du bulbe. Donc, cette dyspnée est *cérébrale*, comme est cérébrale également la respiration de Cheyne-Stokes

que l'on a tort d'assimiler toujours à un accident urémique.

Pour atténuer cette dyspnée, — mais non pour la faire disparaître toujours, — je ne connais pas de meilleur moyen que la morphine en injections sous-cutanées, et cela malgré l'assertion contraire de Traube et de Bernheim qui lui ont à tort attribué l'inconvénient de provoquer ou d'augmenter cet état dyspnéique. Dans ce fait, le pronostic est grave, puisqu'il s'agit d'une *dyspnée cérébrale.*

Je trouve la preuve de tout ce que j'avance dans l'histoire d'un homme de 45 ans que je viens d'observer en ville. Il y a un an, ce malade, atteint d'aortite chronique avec dilatation de l'aorte et insuffisance aortique artérielle, venait me consulter pour une dyspnée d'effort qu'il éprouvait depuis quelques mois. Cette dyspnée était d'origine toxique, ou plutôt ptomaïnique. J'en ai eu la preuve dans sa disparition rapide par l'emploi du régime lacté absolu. Pendant six mois, la situation est restée des plus satisfaisantes; mais ce malade se remit à fumer, à manger de la viande, à surmener son cœur et ses vaisseaux. Je constatai, il y a environ un mois, les signes d'un épanchement pleural gauche avec frottements du côté opposé, et aussi ceux d'une congestion passive des deux bases pulmonaires. Un jour, subitement, la dyspnée qui avait déjà pris peu à peu le caractère de Cheyne-Stokes, devient menaçante; rapidement, en une nuit, l'épanchement avait augmenté, le pouls était devenu faible, les contractions du cœur étaient à peine appréciables, il y avait des accès de suffocation, et le péril était imminent. C'est alors que je pratiquai la thoracentèse, et que je retirai 1,600 grammes d'un liquide franchement hémorrhagique. Ces faits ne sont pas rares, et les artério-scléreux sont sujets à des pleurésies hémorrhagiques, dues à la présence de néo-membranes qui, par leur rupture, peuvent donner lieu rapidement à une sorte d'inondation sanguine de la plèvre. Il faut être prévenu de ces accidents pour agir rapidement, comme je l'ai fait. Mais, si cette thoracentèse hâtive a bien pu faire

disparaître les accès menaçants d'oppression, elle a laissé subsister la respiration de Cheyne-Stokes contre laquelle le régime lacté, la digitale, et tous les toniques du cœur ont été également impuissants. Le malade finit par succomber, après avoir offert dans l'espace d'un mois plusieurs genres de dyspnée — dyspnées toxique, cardiaque, mécanique et cérébrale — pour lesquelles l'indication thérapeutique a été différente.

Je ne prétends pas dire que tous les pseudo-asthmes aortiques sont d'origine bulbaire, ce qui serait une grande exagération et une grave erreur. Car, chez les aortiques avec dilatation ou anévrysme de l'aorte, en outre des dyspnées *toxiques* ou *urémiques* par insuffisance rénale et des dyspnées *cardiaques* par dilatation des cavités du cœur, il y a des dyspnées *mécaniques* par compression des voies aériennes, parfois des dyspnées *nerveuses* par compression ou altération consécutive des nerfs vagues, des dyspnées *organiques* par emphysème pulmonaire assez fréquent chez ces malades ; il y a encore, comme je l'ai démontré il y a un an à la Société médicale des Hôpitaux, un autre genre de dyspnée qui survient brusquement, qui peut emporter les malades en quelques jours ou en quelques heures, et qui est dû à la production rapide, parfois foudroyante d'un *œdème suraigu du poumon.*

Cet œdème suraigu que l'on observe également dans le cours de la néphrite interstitielle, comme Bouveret (de Lyon) en a cité des exemples, est caractérisé par une dyspnée excessive avec menace d'asphyxie, par une expectoration albumineuse très abondante et analogue à celle qui est consécutive à certaines thoracentèses trop copieuses, par des râles crépitants extrêmement fins qui envahissent promptement les deux poumons.

Contre cette complication redoutable et souvent méconnue, la thérapeutique n'est pas absolument désarmée, et j'ai obtenu des guérisons presque inespérées par l'emploi de larges saignées. En Allemagne, Grossmann, s'appuyant sur l'antagonisme physiologique existant entre la muscarine qui produit souvent un œdème considéra-

ble du poumon, et l'atropine qui sèche et tarit les sécrétions, a eu l'idée d'employer ce dernier médicament contre cette redoutable complication. Mais l'expérience nous prouve qu'il ne faut pas confondre antagonisme physiologique et antagonisme thérapeutique. J'ai prescrit l'atropine à ces malades atteints d'œdème aigu du poumon, mais je suis arrivé à des résultats négatifs et presque toujours défavorables, parce que j'arrivais ainsi à supprimer les urines ou à diminuer leur abondance.

En vous citant tous ces faits, qu'ai-je voulu vous prouver ?

Je vous ai mis en présence d'un même symptôme, la dyspnée, contre laquelle, suivant les cas, le régime lacté, la saignée, la digitale, la morphine, etc., ont agi favorablement. Ici, la dyspnée était toxique ou urémique; là, elle était mécanique ; plus loin, elle était cardiaque, cardio-pulmonaire, cardio-hépatique ou cardio-rénale ; plus loin encore, elle était cérébrale. Lorsqu'en thérapeutique, on prend un symptôme pour le combattre, on fait simplement de la médication *symptomatique*; mais ce n'est pas suffisant. Lorsqu'on s'attaque à la cause pour en faire disparaître l'effet, on réussit parfois dans cette thérapeutique *étiologique*, mais ce n'est pas encore assez. Nous avons fait plus encore : nous avons étudié un symptôme, nous en avons cherché la cause et nous en avons scruté le mode de production; nous avons établi, en un mot, la physiologie de cette cause, et ensuite nous avons institué une médication *pathogénique*. Ainsi, je vous ai démontré qu'il n'y a pas un médicament antidyspnéique, mais des médications antidyspnéiques. Ainsi encore, j'ai obéi à l'indication thérapeutique que j'ai appelée naguère : la notion de l'opportunité médicamenteuse.

Je vous ai démontré, par la même occasion, l'importance, au double point de vue du diagnostic et du traitement, de l'élément dyspnéique dans les affections cardio-aortiques, importance bien supérieure à celle des palpitations qui ne constituent pas, comme on le croit,

le symptôme habituel et presque obligé des cardiopathies. Mais, si vous m'avez entendu réunir, dans ce rapide exposé, les dyspnées aortiques et cardiaques, ce n'est pas, croyez-le bien, parce que je confonds les unes et les autres. C'est même pour éviter cette regrettable confusion que j'ai cité tous ces faits. Quand je vous parlerai des cardiopathies artérielles, et surtout de ces cardiopathies à type valvulaire avec souffle mitral, par exemple, je vous en montrerai dans lesquelles l'élément dyspnéique peut être, tour à tour, soit d'*origine cardiaque* par asystolie et doit être traité par la digitale, soit d'*origine aortique* et doit être combattu par le régime lacté exclusif.

Cette manière d'envisager la question de la dyspnée chez les cardiaques me paraît bien plus intéressante, bien plus féconde en résultats que celle qui consiste à imaginer, pour expliquer la dyspnée cardiaque, une sorte de « rigidité avec turgescence pulmonaire » admise par Basch (de Vienne). Cette notion, du reste, très hypothétique de l'auteur allemand, n'a aucune portée pratique.

Poursuivons encore cette étude.

Vous avez vu, il y a quelques jours, cette femme de 23 ans, atteinte de tuberculose à la dernière période. Un matin, nous la trouvons dans son lit en état de mort apparente : le visage est pâle, livide, cyanique, couvert d'une sueur froide ; les extrémités sont algides ; incapable de faire un mouvement, dans un état de prostration extrême, elle respire à peine ; le pouls, presque insensible, est fréquent, misérable, incomptable ; les battements du cœur sont précipités, ondulants, comme s'il s'agissait de battements d'ailes d'oiseau (*flutterings* des Anglais). A l'auscultation, les bruits du cœur sont faibles, rapides, semblables par le timbre, séparés par deux petits silences égaux en durée ; en un mot, ils réalisent l'apparence de mouvements pendulaires, du « rythme fœtal des bruits du cœur » signalé par Stokes, que j'ai étudié et décrit

sous le nom d'*embryocardie* (1). Rappelez-vous les trois caractères de ce syndrôme : 1° accélération des battements du cœur ou tachycardie; 2° similitude de timbre et d'intensité des deux bruits ; 3° égalisation en durée des deux silences. Pour que ce syndrôme existe réellement, la réunion simultanée de ces trois phénomènes est indispensable ; lorsque l'un d'eux est absent, il s'agit alors d'une fausse embryocardie. D'un autre côté, ne confondez pas, comme on le fait souvent, les mots : tachycardie et palpitations. Car, celles ci correspondent à un phénomène absolument subjectif, et pour vous faire comprendre la différence clinique qui les sépare, j'ai coutume de dire : on peut avoir de la tachycardie sans palpitations, ou des palpitations sans tachycardie.

Mais, revenons à notre malade. Cet état embryocardique des battements du cœur n'était pas le seul symptôme observé ; il y avait encore du refroidissement des extrémités, de la cyanose, une sorte d'inertie musculaire invincible. Or, n'avez-vous pas là le tableau symptomatique des accidents que Wunderlich d'abord, et Griesinger ensuite, ont désignés sous le nom de collapsus? Vous les voyez subitement survenir dans le cours des maladies infectieuses, et surtout de la fièvre typhoïde, à la suite des diarrhées colliquatives, des hémorrhagies abondantes, des perforations des séreuses, et même après certaines réfrigérations provoquées dans un but thérapeutique. Mais, jusqu'ici, on n'avait pas su pénétrer le mécanisme intime de ce syndrôme, vraiment solennel par sa subite apparition et par le caractère de gravité qu'il comporte. « Le collapsus — dit Griesinger — tient essentiellement à la faiblesse du cœur, à la vacuité relative des artères, à la réplétion des veines, au ralentissement de la circulation, au défaut d'oxydation du sang... », et il ajoute : « en partie à des causes inconnues ».

(1) M. Gillet, mon ancien interne, a consacré son excellente thèse inaugurale (Paris, 1888) à l'étude clinique de l'embryocardie.

Or, depuis mes recherches sur l'état de la tension artérielle dans les maladies, nous connaissons maintenant cette cause. Elle ne réside pas seulement, comme le croyaient Wunderlich et Griesinger, dans la dégénérescence de la fibre musculaire du cœur, ce qui ne se comprendrait pas dans tous les états de collapsus consécutifs aux perforations des séreuses, car alors cette dégénérescence cardiaque ne peut se produire en quelques instants. Le collapsus, dont l'embryocardie est le phénomène prédominant et producteur, n'est pas seulement dû à l'adynamie cardiaque, mais aussi à l'affaiblissement considérable de la tension artérielle, et si cet accident est plus fréquent dans la fièvre typhoïde que dans d'autres affections, c'est parce que la dothiénentérie est une maladie d'hypotension artérielle, ce qui veut dire qu'elle est caractérisée tout d'abord par un abaissement plus ou moins considérable de la pression vasculaire. Donc, lorsque nous voyons survenir rapidement, ou même lentement, des accidents caractérisés par une dépression énorme des forces, par l'affaiblissement extrême et la précipitation des battements du cœur qui prennent le rythme fœtal, par la cyanose ou la pâleur livide de la face, par des congestions viscérales, par le refroidissement des extrémités coïncidant souvent avec une température centrale très élevée (collapsus *algide* ou *hyperpyrétique*), dites-vous bien que l'indication thérapeutique consiste à augmenter l'énergie défaillante des contractions cardiaques, et surtout à relever la tension artérielle abaissée.

Chez notre malade, atteinte de tuberculose au troisième degré, le cœur était sans doute petit et atrophié, comme cela existe chez tous les phtisiques; il avait été atteint subitement d'impuissance contractile; la tension artérielle était tombée à son minimum, et c'est pour ces raisons que nous avons prescrit six à huit injections de caféine (renfermant 40 centigrammes de caféine par injection), et autant d'injections d'ergotine et d'éther. Cette médication a été continuée pendant plusieurs jours, parce que la malade a présenté encore plusieurs crises em-

bryocardiques, et aujourd'hui, si cette femme doit succomber dans un bref délai à son affection pulmonaire, elle a été certainement délivrée d'un péril qui menaçait ses jours d'un moment à l'autre.

Or, qu'avons-nous fait en pareille circonstance? Nous avons institué — comme tout à l'heure pour les dyspnées cardiaques — une médication pathogénique; nous avons observé un syndrôme, nous en avons découvert le mécanisme; nous en avons étudié la physiologie, le mode de production. Nous avons dit : le danger est au cœur, il faut donc le conjurer par l'administration de la caféine qui est un excitant musculaire et qui agit directement sur le myocarde; mais le danger est aussi aux vaisseaux, il faut donc le combattre par l'ergot de seigle qui, avec la caféine, relève la tension artérielle abaissée et augmente la contractilité vasculaire amoindrie; le danger est encore dans cet état de dépression profonde de tout l'organisme, et nous l'avons écarté par l'emploi répété d'injections d'éther.

Par cet exemple, je vous ai démontré encore qu'en fixant la pathogénie du collapsus dans les diverses maladies, en l'attribuant à sa vraie cause, à l'abaissement considérable de la tension artérielle, on parvient à triompher d'accidents redoutables et promptement mortels.

Voici maintenant d'autres affections dans lesquelles la notion pathogénique étant différente, l'intervention thérapeutique doit être également différente.

Il existe un groupe considérable de maladies qui sont reliées entre elles par l'hypertension vasculaire, je veux parler de l'artério-sclérose généralisée, et en particulier des cardiopathies artérielles. Comme je l'ai souvent dit et prouvé, notamment dans mon livre sur « les maladies du cœur et des vaisseaux », ces dernières cardiopathies sont remarquables par leur tendance à l'hypertension artérielle, tandis que les cardiopathies valvulaires sont caractérisées par leur tendance contraire, à l'hypotension. De là deux indications thérapeutiques opposées : l'une consistant à diminuer la pression artérielle pour

les premières cardiopathies, l'autre à l'augmenter pour les secondes.

Cette hypertension — cause et non effet de la sclérose artérielle, accident initial et précoce de cette maladie — est le plus souvent produite par l'état de spasme permanent ou intermittent des vaisseaux. Or, cette notion pathogénique de la vaso-constriction et de l'hypertension artérielles, substituée à celle de la pléthore et de l'augmentation de la masse sanguine des anciens, pose et résout l'indication capitale de la médication vaso-dilatatrice et dépressive de la tension vasculaire au début de l'artério-sclérose, et c'est en m'appuyant sur cette idée que j'ai pu instituer la médication préventive de cette maladie devenue si fréquente.

Mais, pour que cette médication préventive de l'artério-sclérose en général et des cardiopathies artérielles en particulier fût réelle, il fallait, non seulement savoir reconnaître de bonne heure cette hypertension vasculaire, mais encore en préciser les causes. Or, je vous ai appris depuis longtemps les principaux signes de cette hypertension artérielle, et il me suffit, pour aujourd'hui, de vous en rappeler un seul, en raison de son importance : le retentissement diastolique du second bruit aortique. Quand vous constatez nettement ce symptôme — et pour cela, vous n'avez besoin que d'un peu d'habitude de l'auscultation — vous pouvez certainement vous passer du sphygmomanomètre, dont les mesures sont souvent infidèles et peu précises.

Quant aux causes de l'hypertension artérielle et de l'artério-sclérose consécutive, elles se divisent en causes acquises et héréditaires. Parmi les premières, il faut signaler la syphilis, la goutte qui, le plus souvent héréditaire, peut être parfois acquise, l'alcoolisme, le saturnisme, le tabagisme, et aussi le régime alimentaire (abus de la viande, de l'alcool, etc.). L'artério-sclérose et son premier stade, l'hypertension artérielle, sont directement héréditaires, et c'est ainsi que vous trouvez souvent, chez les ascendants des malades, des affections comme : l'hémorrhagie cérébrale, des anévrysmes aor-

tiques, des cardiopathies artérielles, des néphrites interstitielles, etc. En un mot, ce qui est héréditaire, ce n'est pas la maladie d'un organe, c'est la maladie étendue au système artériel tout entier. J'ai donné à cette notion étiologique, dont je vous ai démontré souvent la réalité et à laquelle j'attache une grande importance pratique, le nom d'*aortisme héréditaire*.

Lorsque vous constatez ces antécédents chez les malades avec les signes d'hypertension artérielle, vous pouvez donc instituer de bonne heure une médication capable d'empêcher ou de retarder le développement de l'artério-sclérose et de toutes les maladies qui en dépendent. Je vous exposerai les principes de cette médication lorsque je ferai prochainement l'histoire des cardiopathies artérielles.

II

Il ne faudrait pas croire que la thérapeutique pathogénique n'est applicable qu'aux maladies du cœur et des vaisseaux. Je ne vous ai cité que celles-là jusqu'alors, parce que nous en avons un grand nombre d'exemples sous les yeux. Mais, pour toutes les autres maladies, la même tactique médicamenteuse doit être suivie.

Voici deux exemples que j'emprunte à la pathologie de l'estomac et des poumons :

Vous vous rappelez cette jeune fille de vingt ans (n° 5, salle Louis), atteinte d'ulcère stomacal, et, à ce titre, de douleurs intolérables qui rendaient l'alimentation presque impossible. Naturellement, pour calmer la douleur, vous aviez, pendant une absence que je fus obligé de faire, recouru à l'usage de tous les anesthésiques, à la cocaïne, à l'antipyrine, et, en dernier lieu, aux injections morphinées. Médication incomplète, car vous arriviez bien à endormir la douleur pour quelques heures, mais vous ne parveniez pas à la supprimer,

parce que vous ne faisiez que la thérapeutique d'un symptôme, en laissant de côté celle de son mode pathogénique. Or, en m'appuyant sur ce fait bien démontré, que dans cette maladie, la douleur, — comme la lésion elle-même, — est souvent préparée ou produite par un état d'hyperacidité extrême du suc gastrique, j'ai prescrit à la malade 20 grammes de bicarbonate de soude avec 5 grammes de craie préparée par jour, (par paquets de 2 grammes pour l'un et de 50 centigrammes pour l'autre) ; en outre, une à deux cuillerées à café de magnésie tous les jours pour vaincre la constipation. J'ai prescrit ces hautes doses d'alcalins, sans souci de l'*alcalinophobie*, — cette maladie des médecins, car médecine et médecins ont leurs maladies — et en quelques jours, cette femme a été délivrée complètement de ses douleurs, au point qu'elle a pu quitter bientôt l'hôpital très améliorée, sinon guérie.

A ce sujet, laissez-moi vous rappeler un cas bien intéressant de *pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique* dont j'ai donné la relation l'année dernière à la Société de thérapeutique. Pour la troisième fois, depuis plusieurs années, le malade éprouvait des douleurs gastriques extrêmement vives et ainsi caractérisées : elles étaient surtout paroxystiques, survenant régulièrement aux mêmes heures : dans la matinée, à onze heures, trois heures après le premier repas ; dans l'après-midi, trois heures et demie après le second repas ; à onze heures du soir, trois à quatre heures encore après le dîner, et dans une grande partie de la nuit. Pendant tout le temps de leur durée, elles étaient si violentes qu'elles arrachaient des cris au malade. Celui-ci avait été vu par plusieurs médecins de l'étranger. Les uns, trompés par la fausse périodicité des crises, avaient prescrit — naturellement sans succès — des doses croissantes de sulfate de quinine, les autres, ne voyant que la douleur, avaient ordonné — toujours inutilement — toutes les substances anesthésiques ou narcotiques : l'antipyrine, la morphine, la cocaïne, le chloral en lavements, etc.

Or, sans avoir besoin d'examiner le suc gastrique

de ce malade, j'ai conclu à l'existence d'une affection bien étudiée en Allemagne par Reichmann d'abord en 1882, et ensuite par Riegel (de Giessen) en 1887, sous le nom de « secrétion continue du suc gastrique et d'hyperchlorhydrie ». Vous savez qu'à l'état normal, la secrétion du suc gastrique est intermittente et ne se produit qu'au moment de l'ingestion alimentaire; mais sous l'influence de cet état pathologique, cette secrétion est continue, de plus elle est caractérisée par une grande hyperacidité. Tant que l'estomac renferme des aliments, c'est-à-dire pendant la période digestive, le malade ne souffre pas ou souffre peu, parce que l'acide chlorhydrique est pour ainsi dire perdu dans la masse alimentaire. Mais, plus tard, environ trois heures après les repas, quand l'estomac est à l'état de vacuité, sa muqueuse est alors livrée sans défense à l'action nocive de cet acide, et c'est pour cette raison que les douleurs sont périodiques et qu'elles deviennent si souvent nocturnes. La notion pathogénique étant connue, la médication était trouvée, en vertu de ce principe thérapeutique que vous m'avez entendu souvent formuler : *cognitâ morbi causâ, jam cognoscitur medicatio*. Pour combattre l'hyperacidité du suc gastrique, j'ai eu recours à l'emploi des alcalins à haute dose (20 à 30 gr. par jour) prescrits à la dose de deux grammes environ toutes les heures pendant quatre heures après chaque repas; j'y ai joint encore une à deux cuillerées à café de magnésie par jour dans le but de vaincre la constipation, et une boisson alcaline telle que l'eau de Vals (vivaraise, n° 7). De cette façon, je me suis adressé à la cause même de la douleur, et après cinq jours de cette médication énergique et rationnelle, le malade fut délivré complètement de ses douleurs si violentes La formule que j'emploie d'ordinaire est celle-ci :

Bicarbonate de soude... 50 gr.
Craie préparée......... 10 gr.

Pour trente paquets. Un paquet toutes les heures après chaque repas pendant quatre heures, soit 24 gr. d'alcalins par

jour. Dans cette formule, la craie, en vertu de son insolubilité est destinée à former comme un enduit protecteur à la surface de la muqueuse.

Dernièrement encore, je voyais un malade semblable avec mon distingué confrère, le Dr Pouvreau-Lavigerie. Il s'agissait d'un homme de 55 ans, qui avait depuis longtemps commis des excès de tabac et mangé à des heures très irrégulières. Depuis l'année 1886, il éprouvait des douleurs vives au creux épigastrique, se faisant sentir surtout dans l'intervalle des repas. A plusieurs reprises, quelques médecins consultés avaient prescrit de faibles doses de bicarbonate de soude, de magnésie calcinée et de craie préparée (environ 1 gr. à 1 gr. 50) et cela sans résultat, parce qu'elles étaient insuffisantes. Depuis trois ans, la maladie avait pris une acuité extrême au point que cet homme se voyait obligé de renoncer à ses occupations. Les douleurs survenaient toujours trois heures environ après chaque repas; persistant pendant plusieurs heures, elles étaient caractérisées par une sensation d'acidité et de chaleur très vives et n'étaient calmées que par l'ingestion alimentaire. Je le vis avec mon confrère le 22 février de cette année, et reconnaissant un cas de *pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique*, sans même avoir besoin de recourir à l'examen du suc gastrique, et cela en m'appuyant sur le caractère des douleurs, sur leur survenance dans l'intervalle des repas et pendant la nuit, je prescrivis 12 gr. de bicarbonate de soude par jour. Dès le lendemain, les douleurs étaient beaucoup moins vives, et les vomissements qui tourmentaient le malade depuis plusieurs années cessèrent complètement. Au commencement du mois de mars, quelques crises douloureuses se manifestant de nouveau, on porta la dose du bicarbonate de soude à 20 gr. par jour. Le soulagement fut immédiat, et depuis cette époque la guérison s'est maintenue.

Ainsi donc, en quelques jours, alors que le malade se soignait inutilement depuis plusieurs années, nous avons obtenu la guérison de cette affection tenace. Et pourquoi l'avons-nous obtenue si rapidement? C'est parce que

nous ne nous sommes pas borné simplement à faire la médication *symptomatique* de l'affection; c'est surtout parce que nous avons promptement institué la médication *pathogénique* de la douleur.

Vous voyez ainsi les bons effets de la médication pathogénique. Les alcalins ont été indirectement anesthésiques, parce qu'ils ont combattu la cause même de la pseudo-gastralgie, en réduisant l'hyperacidité du suc gastrique.

Prenons maintenant un symptôme banal de la tuberculose pulmonaire, la fièvre. Contre elle, on abuse tous les jours de l'emploi du sulfate de quinine, quoique son impuissance soit bien démontrée dans la plupart des cas. Or, chez les phtisiques, la fièvre reconnaît des causes différentes, et doit être, par conséquent, combattue par des médications différentes.

Au début, il s'agit bien d'une fièvre primitivement tuberculeuse, d'une sorte de fièvre d'*infection* produite par la germination bacillaire. Or, l'agent curateur de cette fièvre initiale est l'antipyrine à petites doses (50 centigrammes à 1 gramme), et je dois vous rappeler que lorsque j'introduisis ce médicament dans la thérapeutique française, dès 1884, j'avais fait la remarque — confirmée depuis par la plupart des auteurs — que « l'antipyrine constitue le moyen le plus puissant, et jusqu'ici le seul moyen d'abaisser efficacement la température des tuberculeux ». Mais il est évident que l'on peut joindre encore à cette médication antipyrinique, avec quelques chances de succès, l'emploi du sulfate de quinine.

A une période plus avancée, les tubercules déterminent autour d'eux des poussées congestives ou inflammatoires qui provoquent ainsi une fièvre *d'inflammation*. Je vous demande alors ce que peut faire la quinine dans ces cas ? Bien peu de chose. L'état fébrile étant produit par l'inflammation perituberculeuse, c'est donc cette dernière qu'il faut d'abord combattre par une médication appropriée, et c'est pourquoi l'emploi des révulsifs, du tartre

stibié à la dose de deux à trois centigrammes par jour, suivant la méthode de Fonssagrives qui l'employait à trop haute dose (0,20 centigr. par jour), ou plutôt de l'ipéca qui est un anticongestif pulmonaire, comme l'a prouvé Pécholier, peut parvenir à modérer cette fièvre.

Puis, plus tard encore, à la troisième période, à celle des cavernes, il s'agit d'une fièvre de *résorption* des produits tuberculeux, et j'estime que l'emploi des antiseptiques, de l'acide salicylique (à la dose d'un à deux grammes par jour), d'inhalations médicamenteuses, peut contribuer à modérer cet état fébrile, mieux encore que le sulfate de quinine. Dans ce cas, l'indication thérapeutique consisterait surtout à faire l'antisepsie des excavations tuberculeuses. Malheureusement, la chose est difficile encore. Cependant — en dehors de certaines inhalations médicamenteuses par les vapeurs de créosote et d'eucalyptol — on peut encore tenter à cette période l'antisepsie interne de ces cavernes. C'est pour cela que vous me voyez avoir recours, avec quelque succès, à l'aristol (à la dose de 3 à 4 pilules de dix centigr. par jour), médicament qui, jusqu'ici, n'avait trouvé son emploi que pour l'usage externe.

Vous le voyez donc encore une fois, la notion pathogénique d'un symptôme peut et doit vous inspirer une thérapeutique absolument rationnelle qui, le plus souvent, sera couronnée de succès.

III

Tous les exemples cliniques que je viens de faire passer sous vos yeux, ont eu pour but de vous démontrer que l'on ne peut pas faire de bonne thérapeutique si l'on ne fait de bonne pathogénie ou séméiologie.

Pour que la démonstration soit complète, il me faut prouver maintenant qu'avec une mauvaise pathogénie on ne peut faire que de la mauvaise thérapeutique. Pour cela, on pourrait remonter jusqu'aux premiers âges

de la médecine ; car, cette thérapeutique pathogénique est un mot nouveau, mais une vieille chose, et les anciens en faisaient tous les jours — comme M. Jourdain, de la prose, — sans le savoir.

Souvenez-vous, à ce sujet, comme je vous le disais dans mes leçons de 1886 sur les « indications thérapeutiques », de Thémison avec sa théorie du *strictum* et du *laxum ;* de la doctrine de l'*incitabilité* de Brown avec cette notion de voir toujours des maladies asthéniques et de les combattre par les excitants et l'alcool; de celle de Broussais, ce Brown retourné, qui avec l'*irritation* et l'*abirritation*, voyait partout la gastrite ou l'inflammation, et se livrait, au nom d'un principe, à des orgies sanguinaires; de la pratique de notre glorieux Bouillaud qui ordonnait des saignées coup sur coup dans une affection essentiellement anémiante, le rhumatisme ; de Beau qui, rappelant l'erreur d'un médecin de la Renaissance, de Benedetti (*morborum fere omnium causa est stomachi infirmitas*), faisait dépendre de sa dyspepsie un grand nombre de maladies, depuis les affections cutanées, le rhumatisme noueux jusqu'au tubercule, à la scrofule et même au cancer. Rappelez-vous encore le système de Valsalva qui, partant d'une idée pathogénique vraie en apparence, saignait les aortiques et prescrivait une alimentation restreinte et insuffisante, jusqu'à produire chez les malheureux patients une impossibilité complète du mouvement !

Chaque époque médicale et chaque chef d'école se sont ainsi cru être les dépositaires de la vérité ; mais celle-ci a été trop souvent l'erreur de demain, tant il est vrai — comme le disait un grand penseur du siècle dernier — que « la vérité est dans les choses, et non toujours dans l'esprit qui les juge. »

Une mauvaise pathogénie peut engendrer, à travers les âges, des médications inutiles ou nuisibles parce qu'elles sont irrationnelles. Prenons pour exemple l'angine de poitrine. Comme je l'ai dit depuis près de dix ans, sa thérapeutique, en visant toujours la douleur et rien que la douleur, a fait fausse route ; elle n'a pas été

mieux inspirée lorsqu'elle s'est adressée uniquement à la notion diathésique. C'est ainsi — disais-je encore, dans mon récent livre sur les affections du cœur et des vaisseaux — qu'on la voit s'épuiser en vains efforts et préconiser les moyens les plus disparates : « la chaleur, les liqueurs spiritueuses, le vin, les cordiaux et l'opium avec Heberden ; les saignées, les purgatifs et les cautères avec Parry et Percival ; la gomme gayac et la gentiane avec Bergius et Butter ; le gayac encore, l'antimoine, l'arnica, les martiaux, le musc, le castoreum, la ciguë, les vésicatoires à demeure avec Elsner ; la médication contre l'obésité avec Fothergill ; les préparations arsenicales avec Alexander et Cahen ; le sulfate de zinc associé à l'opium avec Perkins ; le nitrate d'argent avec Cappe, Harder et Bastide ; l'association de la laitue vireuse et de la digitale avec Schlesinger ; le sulfate de quinine, les drastiques et l'abstinence des boissons avec Piorry ; l'association de l'opium au tartre émétique, le camphre avec Schœffer ; la teinture antimoniale de Theden avec Johnstone ; le musc avec Récamier ; le soufre avec Munck ; l'opium et la jusquiame avec Reeder ; l'aimantation et l'électricité avec Laennec ; la limonade phosphorique avec Baumes ; la poudre de valériane, l'extrait de douce-amère, les inhalations d'oxygène avec Jurine et Reid ; les médicaments anti-névralgiques avec Desportes ; la belladone avec Batten ; le cyanure de potassium et l'acide prussique avec Elliotson ; l'aconit, le colchique, le gayac et les eaux sulfureuses dans les angines goutteuses avec Lartigue ; la lithine avec Hayden ; le bicarbonate de soude, les bromures et la belladone avec Bretonneau et Trousseau ; la révulsion locale et les moyens anesthésiques ; les bromures, toujours les bromures, et les divers toniques du cœur avec les auteurs contemporains (1). »

Ainsi, depuis un siècle, près de quarante médications diverses ont été proposées contre l'angine de poitrine,

(1) Voir les *Leçons de thérapeutique et de clinique médicales* (*Maladies du cœur et des vaisseaux*), par H. Huchard, Paris, 1889, page 660.

ce qui n'est pas étonnant, puisque la notion pathogénique de sa douleur a reçu autant d'explications différentes.

Quelle est donc l'indication à remplir contre cette maladie si dramatique et si grave ?

Consiste-t-elle à combattre uniquement la douleur dont « l'intensité et la durée constituent le principal danger », d'après Balfour ; la douleur, ce « fait dominateur de l'angor pectoris », suivant l'opinion erronée de Peter, quand nous savons, au contraire, que les crises les plus longues et les plus aiguës ne sont pas les plus graves, et que les angineux vrais succombent souvent à une syncope brutale sans aucune manifestation douloureuse ? Et, du reste, les affections artérielles ne sont-elles pas essentiellement douloureuses, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer un état névralgique ou névritique absolument hypothétique ? Voyez donc cette cardiaque n° 1 de la salle Louis. Elle vient d'être atteinte d'une embolie de l'artère poplitée gauche, elle est menacée d'une gangrène du membre inférieur, et ses douleurs atteignent une acuité supérieure à celle des névralgies les plus violentes. Donc, vous n'êtes pas fondés à nier l'origine artérielle de l'angine de poitrine en vous basant uniquement sur l'extrême vivacité de ses douleurs.

Ce qui crée le danger dans cette dernière maladie, ce n'est pas, ce n'est presque jamais la douleur : c'est la syncope, c'est l'ischémie cardiaque ; et ce qui prépare et consomme cette dernière, c'est la lésion vasculaire, c'est encore le spasme des vaisseaux coronaires, c'est enfin l'état de vaso-constriction et d'hypertension artérielles. Pour ces raisons, je condamne absolument l'emploi de la cocaïne et des inhalations de chloroforme qui peuvent exposer à la syncope, de l'ergot de seigle et parfois de la digitale et même du strophantus, capables de surélever la tension artérielle en exagérant encore l'état spasmodique des vaissaaux. C'est pour cela, et pour d'autres causes encore, que les bromures dont on abuse, le chloral, le sulfonal, la paraldéhyde, l'antipyrine, la belladone, l'électricité, etc., sont des médications irrationnelles.

Or, en m'appuyant sur la nature artérielle de l'angine de poitrine et sur la pathogénie exacte de la douleur, je suis arrivé à établir et à fixer la thérapeutique de cette maladie si grave, par l'emploi de la médication iodurée qui agit directement sur les parois artérielles qu'elle modifie et sur l'hypertension vasculaire qu'elle diminue, comme l'ont démontré les recherches expérimentales faites pour la première fois en France par M. Eloy, qui ont ainsi sanctionné l'exactitude de mes observations cliniques et thérapeutiques. Quant à la douleur, elle cède bien mieux à l'emploi des médicaments qui, comme le nitrite d'amyle et la trinitrine, dilatent les vaisseaux et atténuent leur tension, qu'à celui de toutes les substances narcotiques ou analgésiques.

Ainsi donc, la notion pathogénique exacte de la maladie angineuse et de son angoissante douleur a pu aboutir, entre mes mains, à une médication rationnelle de ce syndrôme, et réduire de près des deux tiers la mortalité d'une affection regardée jusqu'alors comme absolument incurable.

IV

Je crois vous avoir démontré que la thérapeutique est bonne ou mauvaise lorsque la pathogénie est exacte ou erronée. Il me reste maintenant à vous dire ce qui advient lorsqu'un thérapeute ne s'inspire d'aucune notion pathogénique. C'est une histoire d'hier et bien connue que je vais vous rappeler :

Un homme s'est rencontré — un grand savant, mais qui n'est qu'un clinicien ou un thérapeute de laboratoire — qui a mis en présence un tubercule et un poison découvert par lui, et dont il a d'emblée admis la vertu curative. Or, en tout cela, Koch n'avait oublié que deux choses, le malade et la maladie : le malade avec ses réactions si variées ; la maladie avec ses tendances congestives et inflammatoires, qui en font le principal dan-

ger. Et c'est ainsi qu'il a fait, sans le savoir, de l'homœopathie d'un autre genre, en proposant son poison phlogogène contre une affection qui ne devient grave et périlleuse que par les congestions et les inflammations que le tubercule allume autour de lui. C'est en m'appuyant sur ces données cliniques et pathogéniques, qu'au milieu de l'enthousiasme général et un peu irréfléchi, je n'ai pas craint, — vous vous en souvenez — non pas un des premiers, mais le premier en France, d'élever la voix contre cette méthode de thérapeutique absolument irrationnelle. Ainsi, pour Koch, la méconnaissance de la clinique et de la pathogénie s'est terminée par la déroute thérapeutique que vous savez.

Messieurs, j'ai terminé cette longue conférence, et je crois être arrivé à mon but en vous démontrant, par des exemples nombreux, l'alliance indissoluble de la clinique et de la thérapeutique. Ne l'oubliez pas. Pour devenir de bons thérapeutes, il faut être de bons cliniciens, et pour être de bons cliniciens, il faut d'abord apprendre et connaître la pathologie. Car, ainsi que le disait autrefois (en 1865) mon regretté et vénéré maître Axenfeld dans la leçon d'ouverture de son cours à la Faculté, « la pathologie non vérifiée par la clinique mène au *système*, et la clinique non éclairée par la pathologie conduit à la *routine*. »

Mais, après avoir appris les éléments de la pathologie, venez de bonne heure à l'hôpital. C'est là, c'est là seulement, que vous vous formez à la solution des problèmes ardus de la clinique et surtout de la thérapeutique, qui est le but de la médecine ; là où nos glorieux maîtres ont fait avancer la science, où Laennec a pu accomplir ses immortelles découvertes ; où Cruveilhier, que l'on ne cite plus et bien à tort, a jeté les bases de l'anatomie pathologique ; où Trousseau a prononcé ses plus belles et ses plus éloquentes leçons ; où Duchenne (de Boulogne), qui venait tous les jours dans les divers services hospitaliers, a découvert un monde nouveau dans la neuropathologie ; où bien d'autres encore — pour

ne parler que des morts — ont élevé la science de notre pays à la hauteur qu'elle a su garder, malgré les cliniciens impénitents de laboratoire ou les éternels chercheurs de pierres philosophales. On dit, on répète tous les jours, que la science n'a pas de patrie ; cela est vrai. Mais la patrie a une science, et la nôtre qui ne doit renier ni abandonner ses glorieuses traditions, a toujours été basée sur l'observation des faits.

Or, cette observation des faits et l'apprentissage du praticien qui n'est rien moins — comme le disait Axenfeld — « que la personnification la plus complète, la plus élevée de l'art médical », où peut-on les trouver? A l'hôpital, seulement à l hôpital. A ce sujet, laissez-moi vous reproduire le passage suivant :

« Du jour qu'un jeune homme veut être médecin — disait un de nos plus grands cliniciens — il doit fréquenter les hôpitaux. Il faut voir, toujours voir des malades..... Jeunes encore, et lorsque vous faites vos premières armes, les hôpitaux et les cliniques ; les cliniques et les hôpitaux, lorsque vous en saurez davantage ; les hôpitaux et les cliniques, quand vous aurez acquis toutes les notions scientifiques..... »

Qui s'est ainsi exprimé, d'une façon si formelle et si exclusive, en faveur de l'enseignement médical des hôpitaux? C'est un homme dont vous ne pourrez nier la grande compétence, dont vous avez lu et admiré les remarquables leçons ; c'est un professeur à la Faculté de médecine de Paris, c'est Trousseau lui-même !

Rendez donc à l'hôpital ce qui est à l'hôpital, venez-y toujours, et en rangs pressés. Vos maîtres qui vous aiment, qui veulent préparer votre avenir et assurer vos succès, ne trouveront pas, dans votre assiduité à suivre leurs leçons, de meilleure récompense.

Extrait de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (*Journal des Praticiens*), Paris, n°s 18 et 19, 4 et 6 mai 1891.

PARIS — IMP CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ

Revue générale de clinique et de thérapeutique (JOURNAL DES PRATICIENS) paraissant le mercredi matin, sous la direction de M. HENRI HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat.

Comité de rédaction : (*Médecine*) MM. Ch. ELOY, ancien interne des hôpitaux, rédacteur en chef; BARIÉ, BROCQ, DU CASTEL, GINGEOT, CH. MAURIAC, RENAULT, médecins des hôpitaux. — (*Chirurgie*) : MM. PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux, RIEFFEL, prosecteur à la Faculté; SCHWARTZ, agrégé et chirurgien des hôpitaux. — (*Obstétrique*) : MM. DEMELIN, ancien interne des hôpitaux; BAR, agrégé et accoucheur des hôpitaux. — (*Maladies des enfants*) : M. BÉCLÈRE, ancien interne des hôpitaux.

Prix de l'abonnement (Paris, 66, rue Ponthieu), pour la France et pour un an, 12 francs; pour l'étranger (union postale), 15 francs.

Mementos thérapeutiques des praticiens sous la direction de M. HENRI HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat,

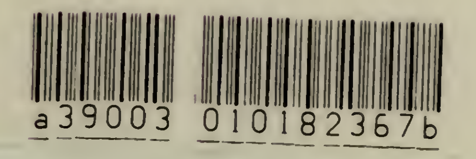
Et avec la collaboration de MM. BROCQ, d'HEILLY, GINGEOT, CH. MAURIAC, RENAULT, médecins des hôpitaux, *pour la médecine* ; SCHWARTZ, agrégé et chirurgien des hôpitaux, et BARETTE, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Caen, *pour la chirurgie*; — BAR, agrégé et accoucheur des hôpitaux, et DEMELIN, ancien interne des hôpitaux, *pour l'obstétrique*.

Par M. CH. ELOY, rédacteur en chef de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, ancien interne des hôpitaux.

Prix du volume de 432 pages (aux bureaux de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 66, rue de Ponthieu) : 5 francs

Prix de faveur pour les abonnés anciens et nouveaux à la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* : 2 fr. 50 *livré dans* les bureaux de la *Revue* (FRANCO par la poste : 3 fr. 25).

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ


a39003 010182367b